

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT ¹

Alulírott (név) (szül. idő) TAJ: - tanúsítom, hogy engem dr. kellő mértékben felvilágosított az alábbiakról:

1. A betegségről, mely kórisme szerint (magyarul, esetleg latinul): **hasi főverőér és/vagy csípőverőér kóros tágulata**
2. A javasolt gyógymódról, mely (magyarul): **főverőér-, mindkét oldali csípőverőér tágulatának éren belül felvezetett eszközzel történő kirekesztése**

Annak kockázatairól: **vérzés, sebfertőzés, nyirokszivárgás, vérömleny, egyéb sebgyógyulási zavar, mély gyűjtőér sérülés, mélyvénás thrombosis, tüdő embolia, végtagvesztés, veseverőerek elzáródása, következményes veseelégtelenség, belek keringési zavara, következményes bélelhalás, légzési, keringési elégtelenség, halál, nyitott, hasi műtetre való áttérés, kontrasztanyag érzékenységi, kontrasztanyag okozta átmeneti vagy végleges veseelégtelenség,**
és a helyette alkalmazható gyógymódokról, mint: **vérnyomás alacsonyan tartása, nagyobb súlyok emelésétől való tartózkodás, fokozott hasprés kerülése**

valamint azok ismert kockázatairól és következményeiről, ismertette az ajánlott és más szóbajövő kezelési eljárás előnyeit, illetve hátrányait is.

A műtéthez érzéstelenítésre, altatásra van szüksége, melynek biztosítása a Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház feladata.

Az Ön érzéstelenítését, illetve altatását a Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház Központi Anaesthesiológiai és Intenzív Terápiás Osztályának orvosa és szakdolgozója fogja elvégezni.

Tájékoztatjuk arról, hogy kórházunkban a közalkalmazotti jogviszonyban dolgozó munkatársak mellett a kórházzal vállalkozási szerződésben álló orvosok és szakdolgozók is tevékenykednek. Így az Ön gyógykezelése kapcsán (műtétek-, diagnosztikai és terápiás beavatkozások) Önt a kórházunkkal vállalkozási jogviszonyban lévő munkatárs is elláthatja. Ezt a tényt az Önre vonatkozó egészségügyi dokumentációk tartalmazzák. Amennyiben ezzel kapcsolatos részletes felvilágosítást kér, úgy ezt a kezelőorvosa vagy osztályos orvosa megadja.

3. A javasolt gyógymód kockázatairól, lehetséges gyakoribb szövődményeiről és várható következményeiről szóban feltett kérdéseimre is megfelelő választ kaptam, és kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsék arról, milyen kezelést szeretnék. Tájékoztattak arról, hogy kezelőorvosom folyamatosan kész engem állapotomról, illetve annak változásairól megfelelően tájékoztatni.

* Tudomásul veszem, hogy szakszerű kezelés esetén is előfordulhatnak az alábbi előre nem várható szövődmények, melyek a várható gyógyeredményt (gyógytartamot) kedvezőtlenül befolyásolhatják (a beteg aláírása előtt az orvos tölti **vérzés, sebfertőzés, nyirokszivárgás, vérömleny, egyéb sebgyógyulási zavar, mély gyűjtőér sérülés, mélyvénás thrombosis, tüdő embolia, végtagvesztés, veseverőerek elzáródása, következményes veseelégtelenség, belek keringési zavara, következményes bélelhalás, légzési, keringési elégtelenség, halál, nyitott, hasi műtetre való áttérés, kontrasztanyag érzékenységi, kontrasztanyag okozta átmeneti vagy végleges veseelégtelenség,**

* Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott kezelése bármelyikének vagy mindegyikének elutasítására. Ez esetben a kezelés során a visszautasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akiknek a kezelését nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem.

* A kezelésbe (műtétbe, stb.) való beleegyezésemet a tájékoztatás megértése alapján minden kényszerből mentesen adom. Ennek alapján kérem, hogy rajtam az alábbi kezelést (műtétet) elvégezzék: **főverőér-, mindkét oldali csípőverőér tágulatának éren belül felvezetett eszközzel történő kirekesztése**

* Aláírással megerősítve kinyilvánítom, hogy betegségem természetéről, gyógykezelésem részleteiről, különösen pedig gyógyulási kilátásaimról nem kívánok részletes felvilágosítást kapni. Ezért a döntéseket kezelőorvosaimra bízom. (Ezt a nyilatkozatot - elfogadása esetén - kézírásával megismételten leírva, majd aláírva az okirat végén kérjük erősítse meg. E megerősítő nyilatkozat hiányában a tájékoztatásról való lemondása érvénytelen.)

4. ² Hozzá tartozóim tájékoztatásáról a következőket rendelem:

- a.) Az alább megnevezett hozzátartozóimat betegségről teljes körűen tájékoztassák:
- b.) Az alább megnevezett hozzátartozóimat betegségről az általam megjelölt következő korlátozásokkal tájékoztassák
- c.) Az alább megnevezett hozzátartozóimat betegségről kérésükre se tájékoztassák:

A kórház házirendjében foglalt szabályokat megismertem, azokat gyógykezelésem alatt betartom. Tudomásul veszem, hogy a házirendben foglalt szabályok megsértése esetén - amennyiben egészségi állapotom azt nem zárja ki - a kórház a gyógykezelésem megszakíthatja és elbocsájtja.

Miskolc,

.....
A kezelőorvos aláírása

.....
A beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása
Lakcíme:

./.

¹ Korlátozottan cselekvőképés, illetőleg cselekvőképtelen beteg esetén a nyilatkozatot a törvényes képviselő (hozzátartozó) adja. Korlátozottan cselekvőképés beteg esetén javasolható a beteg önálló nyilatkozattétele is, ez azonban a törvényes képviselő (hozzátartozó) nyilatkozatát nem pótolja.

² Hozzá tartozó nyilatkozattételére a 4. pontban szereplő kérdések körében nincs mód.

* Nem kívánt rész törlendő.